Ueber Sektionen von Selbstmördern.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hans Egglhuber,
Medizinalpraktikant aus Straubing.

München 1910.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545817_0095

Ueber Sektionen von Selbstmördern.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hans Egglhuber,
Medizinalpraktikant aus Straubing.

ACAD. MED. RAT. BIBL.

München 1910.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Die Häufigkeit des Selbstmords ist, wie die Statistiken aller Länder zeigen, in beständiger Zunahme begriffen. Sie ist von Stamm zu Stamm und noch mehr von Volk zu Volk den auffälligsten Schwankungen unterworfen. So stuft sich, was die geographische Verbreitung des Selbstmords betrifft, die ungemein starke Selbstmordneigung der Sachsen, die derjenigen der Dänen ähnlich ist, nach allen Seiten hin allmählich ab, um bei den Romanen und Slaven ganz in den Hintergrund zu treten, während sie bei den Orientalen wieder stärker hervortritt.

Deutschland soll, was die Häufigkeit der Selbstmorde betrifft, unter den europäischen Ländern an erster Stelle stehen. Diese Tatsachen begründen zur Genüge das grosse Interesse, das man dieser Frage von jeher entgegenbringt.

Fast auf keinem Gebiete sind so viele Hypothesen aufgestellt, verfochten und bekämpft worden als in der Erklärung und Beurteilung der Selbstmorde.

Die Häufigkeit suchte man mit dem Kulturzustand der einzelnen Völker, speziell mit der Entwicklung des Geistes- und Gemütslebens in Zusammenhang zu bringen.

Die Beurteilung des Selbstmords hat die verschiedensten Phasen durchlaufen; von der Ansicht der Philosophen — die ehedem sich mehr als die Ärzte berufen fühlten, über dergleichen Fragen zu urteilen —, die den Selbstmord als schimpfliche Handlung brandmarkten, weil ein Selbstmörder gewissenlos sich den Pflichten gegen Familie und Staat entzieht oder die Folgen seiner gesetzwidrigen Handlungen nicht zur Sühne

auf sich nehmen will, bis zum Standpunkt mancher Psychiater, die den Selbstmord unter allen Umständen als Krankheitserscheinung aufgefasst wissen wollen, speziell bis zur Ansicht Esquirols, der den Selbstmord als besondere Form des Irreseins beschrieb.

Wenn auch diese extremsten Ansichten — auch die Esquirols, besonders in der gegebenen Fassung — sich als unrichtig erwiesen haben, so ist doch die Frage über die Beurteilung des Selbstmords noch nicht ganz gelöst.

Es ist Hellers Verdienst, eine Quelle zur Klärung dieser Frage gezeigt zu haben. Während man früher bei den Sektionen von Selbstmördern fast ausschliesslich oder doch in erster Linie die gerichtsärztlich interessanten Punkte, die Veränderungen, die durch die Todesart gesetzt waren, berücksichtigte, richtete Heller sein Augenmerk auch auf die krankhaften Befunde, die schon vor dem Selbstmord im Körper vorhanden gewesen sein mussten.

Heller — [Zur Lehre vom Selbstmord nach 300 Sektionen von Professor Dr. W. Heller in Kiel, Münchener med. Wochenschr., 47. Jahrgang, Nr. 48, 27. November 1900 S. 1658 (auch als Sonderabdruck erschienen)] — veröffentlichte das Resultat von 300 daraufhin untersuchten Fällen und konnte überraschende Tatsachen feststellen.

In neuester Zeit hat Brosch — (Brosch, Die Selbstmörder, Leipzig und Wien, Dentike, 1909) die pathologisch-anatomischen Befunde bei militärischen Selbstmördern veröffentlicht.

Vorliegender Betrachtung liegen die Sektionsbefunde von allen in den Jahren 1903—1909 (August) im pathologischen Institut in München sezierten Selbstmördern zu Grunde.

In statistischen Feststellungen ist das vorliegende Material wegen der geringen Zahl (136) wenig geeignet. Die im pathologischen Institut sezierten Selbstmörder bilden nur einen

kleinen Bruchteil (ein Fünftel bis ein Siebentel) der Selbstmörder Münchens.

Zur richtigen Beurteilung der einzelnen Fälle ist es nötig, jedesmal die gesamten Befunde vor Augen zu haben; aus diesem Grunde seien die Fälle einzeln angeführt. Bei der anatomischen Diagnose sind die Veränderungen, die durch die Selbstmordart gesetzt wurden, weggelassen, ebenso alle Befunde, von denen sich nicht entscheiden liess, ob dieselben schon vor dem Selbstmord vorhanden waren oder erst in der zwischen Selbstmord und Tod gelegenen Zeit entstanden sind.

---

1. 20jähriger Kaufmann, Cyankalivergiftung (S.N. 273, 1909).

Schädelsclerose und -Hyperostose, Verwachsung von Dura und Schädeldach, reichliche Pacchinonische Granulationen, starke chronische Leptomeningitis, chronischer, entzündlicher Hydrocephalus mit Lockerung beider Sehhügel, Obliteration der Hinterhörner, subakute Tuberkulose der rechten Pleura, chronische Bronchitis, beginnende Coronarsclerose, eitrige Tonsillitis, Hyperplasie der Milz, besonders der Follikel, Hyperplasie der lymphoiden Apparate vom Rachenring und unteren Dünndarm, Thymushypertrophie.

2. 39jähriger Hauptlehrer, Kopfschuss (S.N. 343, 1909).

Obsolete Lungentuberkulose; nicht ulceröse, käsig-eitrige Tuberkulose des Coecums; Cyste der Epiphyse. (Seit langem nervenleidend, überarbeitet, klagte, sein Gedächtnis habe abgenommen.)

3. 33jährige Lehrersgattin, Sturz aus dem Fenster (S.N. 418, 1909.)

Prämenstrueller Zustand, frisch geplatzter Follikel (Ovulation), Narbe des Magens mit kleinem, eben verheilendem

Substanzverlust; Hyperostose des Schädels; Leptomeningitis chron., Dura über beiden Stirnlappen von zwei grossen symmetrisch gelegenen Pacchionischen Zottenansammlungen durchwachsen, die in dem entsprechenden Teil des Schädels tiefe Gruben bilden.

4. 39jähriger Schreiber, Ertränken (S.N. 437, 1909).

Käsige Tuberkulose beider Spitzen, Adhäsivpleuritis; Arteriosclerose der Aorta und der Coronargefässe; Pachy- und Leptomeningitis chron., Hydrocephalus externus; Tänie im oberen Teil des Dünndarmes.

5. 23jähriger Porzellanmaler, Sturz aus der Höhe (S.N. 452, 1909).

Bronchitis; Gonorrhoe.

6. 40jähriger Ökonom, Schnittverletzungen (Hals) (S.N. 500, 1909).

Psychose; Ödem und Verdickung der Pia, Hyperämie der Pia und des Gehirns; leichte Ependymitis der Seitenventrikel.

7. 49jähriger Metzger, Erhängen (S.N. 505, 1909).

Septischer Milztumor auf Grund einer Phlegmone der rechten Hand und des Unterarms, luetische Mesaortitis, Lebercirrhose, geringe Aortensclerose, Stauungsnieren; Pachymeningitis ext. adh.; reichliche Pacchionische Granulationen; geringer Hydrocephalus ext.

8. 19jähriges Ladenmädchen, Ertränken (S.N. 522, 1909).

Menstrueller Zustand; Hyperostose des Schädels, chron. Pachy- und Leptomeningitis, Osteophyten der Stirnbeine.

9. 14jährige Fabrikantenstochter, Kopfschuss (S.-N. 528, 1909).

Chron. rekurrierende, fibröse und verrucöse Endocarditis der Mitralis; geringe Stauung der Lungen, Stauungskatarrh der Bronchien. (Vorwurf wegen Liebesbriefes.)

10. ca. 20jährige Dienstmagd, Ertränken (S.N. 531, 1909).

(Vorgeschrittene Fäulnis!) Menstruation.

11. 30jähriger Kontorist, Lysolvergiftung (S.N. 107, 1908).

Hyperostose des Schädels, chronische Leptomeningitis, Obliteration der linken Pleurahöhle, Hodennarbe.

12. 29jährige Köchin, Lysolvergiftung (S.N. 213, 1908).

(Genitalien nicht seziert!)

13. 28jährige Köchin, Ertränken (S.N. 219, 1908.)

Geringe Dilatation beider Herzhöhlen, fibrinöse Pleuritis beiderseits, Verwachsung der Dura mit Schädel und mit Pia; Hydrocephalus ext.; Narben der linken Niere; Hypertrophie der rechten Niere, Schwangerschaft (Ende des zweiten Monats).

14. 37jährige Apparatenwärtersfrau, Schnittverletzungen (linker Unterarm und Ellenbeuge), Salzsäurevergiftung (S.N. 227, 1908).

Adhäsivpleuritis rechts; alte fibröse Pelveoperitonitis mit Adhäsion der beiderseitigen Adnexe im Douglas; zwei kleine Ulcera der Wurmfortsatzschleimhaut (Koprostase); Pia über dem rechten Stirnpol leicht fibrös verdickt.

15. 22jähriger Hilfsarbeiter, Bauchschuss (S.N. 244, 1908).

Sclerose des Schädeldaches, Ödem des Gehirns.

16. 45jähriger Spengler, Schnittverletzungen (Hals, Vorderarm), (S.N. 267, 1908).

Über hühnereigrosser Erweichungsherd im linken Hinterhauptslappen, Dilatation beider Herzventrikel.

17. 26jährige Erzieherin, Sturz aus der Höhe (S.N. 274, 1908).

Puerperium, beginnende Placentarpolypenbildung in der vorderen Uteruswand. (Vom Dienstherrn verführt, Selbstmord wegen Schwierigkeiten betreffs der Alimentation.)

18. 27jähriger Taglöhner (Zuhälter!), Kopfschuss (S.N. 425, 1908).

Adhäsive Pleuritis beiderseits, mässige Hypertrophie des Herzens und der Leber.

19. 48jährige Witwe, Ertränken (S.N. 583, 1908).

Ausgedehnte Adhäsivpleuritis beiderseits; Nephritis; Herzhypertrophie; allgemeine Adipositas. (Keine Sektion des Gehirns.)

20. 21jähriger Schlosser, Brustschuss (S.N. 613, 1908).

Chronische Entzündung der harten Gehirnhaut mit Verwachsung. (Motiv: Liebeskummer.)

21. 16jährige Schlosserstochter, Ertränken (S.N. 708, 1908).

Menstrueller Zustand; Ovarialcysten; Hypertrophie des Herzens; Ödem in allen Organen; Bronchitis beiderseits; Thymushypertrophie (43 g), Struma parenchymatosa et colloides; Schwellung der Mesenterial- und intrathoracischen Drüsen; Pleuritis adh. links.

22. 20jähriger Schreiber, Erstürzen (S.N. 777, 1908).

Submeningealeencephalitische Narbe über der linken zweiten Frontalwindung; Hyperostose des Schädeldaches (besonders erstes Stirnbein (Struma colloides, Herzhypertrophie).

23. 19½jähriger Gymnasiast, Erstürzen (S.N. 894, 1908).

Dilatation beider Ventrikel des Herzens; chronischer Magen- und Darmkatarrh.

24. 23jähriger Gerichtsschreiber-Gehilfe, Morphiumvergiftung (S.N. 945, 1908).

Pachymeningitis chron. adh., leichte fibröse chron. Leptomeningitis; Hyperämie und Ödem des Gehirns. (Liebeskummer.)

25. 34jähriger Studierender der Medizin, Erstürzen (S.N. 1095, 1908).

Psychose; Asymmetrie und Atrophie des Schädeldaches; Mageninhalt stark nach Alkohol riechend.

26. 19jähriges Mädchen, Ertränken (S.N. 1097, 1908).

Ziemlich starke Pleuritis adhäsiva; Pachymeningitis adh. chron. Vor einigen Wochen Partus.

27. 16jähriges Dienstmädchen, Ertränken (S.N. 12, 1907).

O. p. B. (Seit vier Wochen im Wasser.)

28. 39jähriger Hauptmann, Kopfschuss (S.N. 162, 1907).

Progressive Paralyse, braune Atrophie des früher hypertroph. Herzens, leichte Sclerose der Aortenklappen, Adhäsivpleuritis beiderseits.

29. 26jährige Musikschülerin, Sturz aus der Höhe (S.N. 230, 1907).

Uterus im Zustand der Menstruation.

30. 33jähriger Arzt, Herzschuss (S.N. 309, 1907).

O. p. B. Magen sehr stark gefüllt. (Krankhafte Überreizung.)

31. Mann von ca. 30—35 Jahren, Ertränken (S.N. 425, 1907).

Chronisch entzündliche Erscheinungen am Endo- und Pericard, Endocarditis ulcerosa der Mitralklappen. (Keine Hirnsektion.)

32. 26jährige Köchin, Sturz aus der Höhe (Sturz aus einem Fenster des Krankenhauses) (S.N. 451, 1907).

Ileotyphus der dritten Woche.

33. 26jähriges Dienstmädchen, Ertränken (S.N. 464, 1907).

Menstrueller Zustand; superficielle adhäsive Pachymeningitis.

34. 19jähriger Silberputzer, Kopfschuss (S.N. 481, 1907).

Idiopathische Hypertrophie des Herzens; alte Adhäsivpleuritis links, starke Hyperämie in Lungen, Nieren und Leber, wahre Hypertrophie der Leber.

35. 36jähriger Restaurateur, Kopfschuss (S.N. 517, 1907).

Chronischer Katarrh der Stirnbeinhöhlen; Dilatation beider Ventrikel.

36. 28jähriges Kindermädchen, Sturz aus der Höhe (S.N. 527, 1907).

Endocarditis verrucosa (Aortenkl. Mitralis, Tricuspid.) dadurch bedingte Stenose der Mitralis und Tricuspidalis; Stauungslungen, atrophische Stauungsleber, Stauungsnieren, Adhäsivpleuritis rechts.

37. 19jähriges Dienstmädchen, Ertränken (S.N. 550, 1907).

Beginnende Lungentuberkulose; Uterus im Zustande der Menstruation.

38. 36jähriger Kellner, Kopfschuss (S.N. 731, 1907).

Leichte Dilatation des Herzens mit Fettdurchwachsung des rechten Ventrikels. Atrophische Milz.

39. 32jähriger Arzt, Schnittverletzung [Art. radial.] (S.N. 803, 1907).

Psychose (manisch-depressives Irresein), Fettdurchwachsung des Herzens, Dilatation und fettige Degeneration des Herzens, Magenkatarrh, trübe Schwellung der Nieren, starke Verwachsung der Dura mit dem Schädeldache.

40. 23jähriger Schreiner, Kopfschuss (S.N. 804, 1907).

Pericarditis chron. obliterans, Hypertrophie und Dilatation des Herzens, besonders des linken Ventrikels; Endocarditis calculosa der Aortenklappen; Mitralstenose infolge einer alten Endocarditis derselben, Stauungsorgane, Follikelschwellung der Milz, trübe Schwellung der Leber (keine Hirnsektion).

41. 14jähriger Schlosserlehrling, Kopfschuss (S.N. 826, 1907).

Starke Verwachsung der Dura mit Schädeldach. (Sollte in eine Besserungsanstalt gebracht werden.)

42. 28jährige Privatiere, Verbrennung (S.N. 894, 1907).

Zirkuläre Depression, Hyperostose des Schädels; leichte Pachymeningitis, Leptomeningitis chronica; Hydrocephalus int. (Wurde als Rekonvaleszentin in der Küche der psychiatrischen Klinik verwendet, nahm in einem unbewachten Augenblick die Spiritusflasche, übergoss sich und zündete sich an.)

43. 60jähriger Mann, Kopfschuss (S.N. 900, 1907).

Hochgradige idiopath. Hypertrophie des ganzen Herzens (785 g); braune Induration der Lungen, Stauungsorgane, Stauungskatarrh des Magens, Pachymeningitis haemorrhagica et fibrosa adhaesiva, sehr starke Sclerose der basalen Hirngefässe.

44. 28jähriger Chemiker, Cyankalivergiftung (S.N. 922, 1907).

Starke Hyperostose des Stirnbeins, starke chronische Leptomeningitis über Stirn- und Schläfenlappen; isolierte Sclerose der Coronargefässe; Oxyuris vermicularis (Sonderling).

45. 46jähriges Dienstmädchen, Ertränken (S.N. 961, 1907).

Leichte Induration der Leber, beginnende interstitielle Nephritis mit leicht granulierter Oberfläche, Hypertrophie des Uterus.

46. 58jähriger Privatier, früher Wirt, Kopfschuss (S.N. 972, 1907).

Dilatation des Herzens, beträchtliche Adipositas cordis, Muskulatur des rechten Ventrikels stark atrophisch, leichte Induration der Leber, geringe Vergrösserung der Nieren, Spermatocele des linken Nebenhodens; Hyperostose des Schädeldaches; Pachymeningitis adhaesiva.

47. 22jähriger Architekt, Kopfschuss (S.N. 978, 1907).

Chron. adhaesiva Pachymeningitis über dem rechten Stirnlappen, ossifizierende Leptomeningitis ebenda; leichte Adhäsionen der Pleuren beiderseits.

48. 23jährige Ladnerin, Ertränken (S.N. 290, 1906).

Verwachsung der Dura mit Schädeldach, Ödem der weichen Hirnhäute, frische dissemin. Spitzentuberkulose rechts, Adhäsivpleuritis rechts oben, Struma gelatinosa, Salpingitis und Endometritis catarrhalis; prämenstrueller Zustand.

49. ca. 40–45jähriger Mann, Herzschuss (S.N. 294, 1906) Fettleber bei allgemeiner hochgradiger Adipositas; Pachymeningitis adh. ext.

50. 17jährige Ladnerin, Ertränken (S.N. 379, 1906). Pachymeningitis adhaesiva, Hypoplasie der Aorta. Genitalien nicht seziert.

51. ca. 25jähriger Mann, Herzschuss (S.N. 481, 1906). Dura mit Schädel und mit Pia verwachsen, leichte pachymeningitische Auflagerungen, Säuferleber (Leber 2130 g) derb, blutarm, Läppchenzeichnung erhalten, Milzschwellung (Milz 400 g) weich, braunrot.

52. 25jährige Haushälterin, Lysolvergiftung (S.N. 497, 1906).

Graviditas III. mens.

53. 59jähriger Privatier, Kopfschuss (S.N. 537, 1906). Hypertrophie des linken Ventrikels, Verwachsung der Dura mit innerer Tafel. (Seit Jahren an Schwermut leidend.)

54. 36jähriger Kaufmann, Kopfschuss (S.N. 536, 1906). Fast völlige Obliteration der rechten Pleurahöhle; starke Fettdurchwachsung des rechten Herzventrikels; Hyperämie und geringe Induration der Nieren; beginnende Lebercirrhose; Hyperplasie der Milz.

55. 52jährige Ehefrau, Ertränken (S.N. 567, 1906). Adhäsive Pelveoperitonitis, adhäsive Pachymeningitis, chron. Hydrocephalus internus.

56. ca. 35—40jährige Frau, Ertränken (S.N. 574, 1906). Eitrige Tonsillitis; Adhäsivpleuritis beiderseits, Adipositas cordis mit Hypotrophie des linken Ventrikels; Granularatrophie beider Nieren.

57. 29jährige Kellnerin, Ertränken (S.N. 575, 1906).

Mässige Hypertrophie des Herzens, hochgradige Hypertrophie von Leber und Nieren, weiche Milzschwellung (keine Sektion von Gehirn und Genitalien).

58. 19jähriges Küchenmädchen, Ertränken (S.N. 594, 1906).

Geringer Grad von Fettleber (keine Sektion von Gehirn und Genitalien).

59. 58jähriger Mann, Kopfschuss (S.N. 618, 1906).

Chron. luet. Endocarditis; Dilatation des ganzen Herzens, Adipositas cordis; allgemeine Adipositas.

60. 36jähriger Schreiner, Bauchschuss (S.N. 677, 1906).

Akute Degeneration der Leber mit Ödem (Vergiftung?), Pachymeningitis ext., Ödem der Pia an der Basis; Leptomeningitis leichten Grades.

61. 36jähriger Gerichtsvollzieher, Kopfschuss (S.N. 678, 1906).

Milzschwellung, starke Hyperämie der Nieren (im Magen stark nach Schnaps oder Wein riechender Speisebrei).

62. 43jährige Frau, Ertränken (S.N. 692, 1906).

Adhäsivpleuritis beiderseits, abgelaufene fibröse Endocarditis der Mitralis, eitrige Tonsillitis, Ödem der aryepiglottischen Falten, Hyperplasie der Milz, besonders der Follikel; alte Magennarbe, menstrueller Zustand, alte Perimetritis, mehrere subseröse Myome, Ulcera crurium, Schädeldachsclerose, Verwachsung der Dura mit dem Schädeldach, starke Blutung der Galea.

63. 17jähriges Mädchen, Ertränken (S.N. 720, 1906).

Chron. Pachymeningitis ext., Struma parenchymatosa; Uterus i. Menstruation.

64. 49jähriger Bäcker, Ertränken (S.N. 727, 1906).

Idiopathische Hypertrophie und Dilatation des Herzens, Stauungsorgane, atrophische Lebercirrhose, chronische Gastritis,

Adhäsivpleuritis beiderseits, allgemeine Adipositas, rechte Leistenhernie; Verwachsung und Verdickung der Dura, Ödem der Pia; Arteriosclerose der basalen Gefässe.

65. 38jähriger Schriftsetzer, Kopfschuss (S.N. 853, 1906).

Beiderseitige rekurrierende Spitzentuberkulose; geringe Hypertrophie und Dilatation des Herzens; Spermatocele; Verwachsung und Verdickung der Dura.

66. 34jähriger Kanalarbeiter, Kopfschuss (S.N. 93, 1906).

Idiopathische Hypertrophie und Dilatation des Herzens, chronischer Magen- und Darmkatarrh.

67. 27jähriger Gasarbeiter, Salzsäurevergiftung (S.N. 993, 1906).

Chronischer Katarrh des unteren Ileums und des gesamten Dickdarms; Spitzenadhäsivpleuritis. (Keine Hirnsektion.)

68. 22jährige Köchin, Sturz aus der Höhe (S.N. 184, 1905).

Gastritis chronica.

69. 21jähriger Kontorist, Morphiumvergiftung, (S.N. 337, 1905).

Synostose der Frontal- und Parietalknochen; beginnende Verfettung der Aortenintima.

70. 22jährige Ladnerin, Herzschuss (S.N. 346, 1905).

Fehlen des rechten Ovariums (Ovarektomie vor zwei Jahren); Verwachsung der Dura mit dem Schädeldache.

71. 21jährige Kellnerin, Kopfschuss (S.N. 408, 1905).

Verwachsung der vorderen Abschnitte des rechten Stirnlappens mit der Dura.

72. 55jähriger Kaufmann, Kopfschuss (S.N. 443, 1905). Hypertrophie (420 g) und Dilatation des ganzen Herzens, obsolete Lungentuberkulose, Adhäsivpleuritis rechts, alte Perisplenitis, frische Milzschwellung (210 g).

73. 18jähriger Schriftmaler, Brustschuss (S.N. 467, 1905).

Chronischer Magenkatarrh; Verwachsung der Dura mit Schädeldach.

74. Fabrikantensgattin, Ertränken (S.N. 484, 1905).

Sehr feste Verwachsung der Dura, Verdickung derselben (lederartig zäh), milchige Trübung der weichen Häute, Subinvolution des Uterus (fünf Wochen post partum), im Innern Reste von nicht abgestossenen Eihautteilen; prämenstrueller Zustand.

75. 23jähriger Studierender der Chemie, Kopfschuss (S.N. 572, 1905).

Adh. Pachymeningitis ext., Dilatation des Herzens; zwei syphilit. Ulcera des Penis.

76. 22jähriger Studierender der Chemie, Quecksilbervergiftung (S.N. 779, 1905).

Hypertrophie (400 g) und Dilatation des Herzens, besonders links; Verwachsung der Dura mit dem Schädeldache.

77. 71jähriger Wechselwärter, Schnittverletzung (Kehlkopf) (S.N. 920, 1905).

Arteriosclerose der Aorta mit beginnender Arteriosclerose der Aorta thor. und abdom., fibröse Endorcarditis, atrophische Milz (mit Milztumor), cirrhotische Fettleber, chronische interstitielle Nephritis, chronische Perisplenitis (keine Hirnsektion; vor drei Wochen Apoplexie mit folgender Aphasie).

78. 26jähriger cand. pharm. et chem., Blausäurevergiftung und Verbrennung (S.N. 1035, 1905).

Pachymeningitis chron., adh. Hydrocephalus internus.

79. 29jähriger Eisendreher, Brustschuss (S.N. 20, 1904).

Akute käsige Tuberkulose des rechten Oberlappens und der peribronchialen Lymphdrüsen, Ödem des Gehirns.

80. 30jährige Köchin, Ertränken (S.N. 24, 1904).

Chronische, indurierende, verkäsende Tuberkulose der linken Spitze, chronische Adhäsivpleuritis der linken Spitze, abgelaufene Endocarditis; prämenstrueller Zustand.

81. 39jährige Taglöhnersfrau, Ertränken (S.N. 52, 1904).

Peritonitis purulenta acuta (Gastroenterostomie 3 Tg. a. m.), Pylorusstenose. (Keine Sektion von Hirn und Genitalien.)

82. 56jähriger Privatier, früher Restaurateur, Kopfschuss (S.N. 55, 1904).

Hypertrophie und Dilatation des gesamten Herzens, fettige Degeneration des Herzens, Stauung im kleinen Kreislauf, Lungenödem, Angioma hepatis; Schädeldach dick, sclerosiert, asymmetrisch; sehr feste Verwachsung der Dura mit dem Schädeldach.

83. 70jähriger Oberstleutnant a. D., Kopfschuss (S.N. 104, 1904).

Bedeutende Hypertrophie des Herzens, besonders links, hochgradige Atheromatose der Aortenklappen, der Aorta thor. und abdom., Arteriosclerose der Aortenklappen und der Kranzgefässe, Cholelithiasis. (Frische Milzschwellung.)

84. 26jährige Köchin, Ertränken (S.N. 130, 1904).

Obsolete Lungentuberkulose; Endocarditis fibrinosa der Aortenklappen, Pachymeningitis ext. adhaes., geringer Grad von Hydrocephalus int., Graviditas III. mens.

85. ca. 23—25jähriges Mädchen, Ertränken (S.N. 164 1904).

Hypertrophie und mässige Dilatation des Herzens, Struma parenchymatosa leichten Grades. (Keine Hirnsektion.)

86. 32jährige Photographensfrau, Sturz aus der Höhe (S.N. 180, 1904).

Cholelithiasis; rechts beginnende Hydronephrose mit Induration der Niere; innige Verwachsung der Dura mit dem Schädeldache. Menstrueller Zustand.

87. 29jähriges Dienstmädchen, Ertränken (S.N. 203, 1904).

o. p. B. (Keine Sektion des Gehirns und der Genitalien.)

88. 36jährige Frau, Kohlenoxydvergiftung (S.N. 349, 1904).

Sclerose und Hyperostose des Schädeldaches (1 cm). Feste Verwachsung der Dura mit dem Schädeldache, Leptomeningitis chron.

89. 41jähriger Fuhrwerksbesitzer, Kopfschuss und Ertränken (S.N. 353, 1904).

Chronische Entzündung der harten Hirnhaut, Sclerose des Schädels, Dilatation des Herzens, Hypertrophie des linken Ventrikels (Stauungsorgane).

90. 15½jähriger Handschuhmacherlehrling, Ertränken.

o. p. B. (Infolge eines Kopfleidens geistig minderwertig.)

91. 40jähriger Gerichtsbote, Kopfschuss (S.N. 421, 1904).

Verwachsung der Dura mit dem Schädeldach, Verdickung der Aortenklappen, Arteriosclerose der Aorta.

92. 38jährige Kaufmannsfrau, Schädelschuss (zugleich Erschiessen ihres vierjährigen Kindes) (S.N. 509, 1904).

Nephrolithiasis und eitrige Pyelitis links, kompensatorische Hypertrophie der linken Niere; Hyperostose des Schädels, Pachymeningitis adhaes.

93. 19jährige Schneiderstochter, Ertränken (S.N. 572, 1904).

Hypertrophie des Herzens, Stauungsnieren, mässiger Milztumor (200 g, 13 : 7). (Keine Sektion von Gehirn und Genitalien.)

94. 32jähriger Ausgeher, Brust- (Bauch-) Schuss (S.N. 617, 1904).

Endaortitis. (Keine Sektion vom Gehirn.)

95. 22jähriger Kontorist, Schnittverletzungen (Hals) (S.N. 690, 1904).

o. p. B. (Keine Hirnsektion.)

96. 36jährige Schreinersfrau, Ertränken (S.N. 826 1904).

Pachymeningitis adhaes. ext., geringer Hydrocephalus ext., Pericarditis adhaes. Geringe Dilatation und Hypertrophie des Herzens (Stauungsorgane).

97. 34jähriger Landwirt, Kopfschuss (S.N. 883, 1904).

Vollständige Verknöcherung sämtlicher Schädelnähte, Vergrösserung und völlige Versandung der Epiphyse Leptomeningitis chron. (Nur Schädelsektion; — Psychisch abnorm, Verschwender, Abenteurer.)

98. 33jähriger Kaufmann, Kopfschuss (S.N. 919, 1904).

Phtisis acuta, chronische ulcerierende Tuberkulose des Dünndarms und des Coecums; subchronische Stauungsschrumpfnieren; Pachymeningitis ext. adhaes.

99. 59jähriger Privatier, Schädelschuss (S.N. 956, 1904).

Adipositas cordis bei allgemeiner Adipositas, Synechie des Herzbeutels, Doppelniere links, starke Hypotrophie des Herzens, Atrophie des Gehirns.

100. 60jähriger Taglöhner, Ertränken (S.N. 1030, 1904).

Verdickung der Aortenklappen; Trübung und Verdickung des Peritoneums; starke Adhäsivpleuritis, Verwachsung der harten Hirnhaut in ganzer Ausdehnung mit dem Schädeldach; ziemlich starke chronische Leptomeningitis, Hydrocephalus ext.

101. 20jährige Frau, Ertränken. (Multiple Durchbohrungen der Haut beider Brüste, in der linken Brust zahlreiche Fremdkörper [Nadeln], Schnittverletzungen am Knie und Fussgelenk.) (S.N. 32, 1903.)

Hysterie; Hypoplasie des Herzens (255 g) und der Aorta (für einen dicken Bleistift eben durchgängig); links geringe Adhäsivpleuritis; menstrueller Zustand; mehrere bis kirschkerngrosse Ovarialcysten; Hypoplasie von Gehirn und Schädel; Anämie des Gehirns; Pachymeningitis chron. (Magen prall gefüllt mit grossen Mengen von Speiseresten).

102. 73jähriger Schäfflermeister, Erhängen (S.N. 53, 1903).

Obsolete Lungentuberkulose, links geringe Adhäsivpleuritis; Hypotrophie des linken Herzventrikels, Aortenklappen verdickt, Sehnenfleck des Endocards rechts, Arteriosclerose der Aorta, Stauungsnieren; Sclerose des Schädels, chronische Pachy- und Leptomeningitis; Atrophie des Gehirns, Hydrocephalus ext. und int., Arteriosclerose der basalen Gefässe. (Starker Potator.)

103. 22jähriger Studierender der Realien, Schädelschuss (S.N. 92, 1903).

Hypertrophie des linken Ventrikels; Pachymeningitis adh. chron. (Potator).

104. 58jähriger Schmiedgehilfe, Ertränken (S.N. 93, 1903).

Hypertrophie und Dilatation beider Herzventrikel; Arteriosclerose der Aorta thor. und abdom., Thymus resistens; rechts Adhäsivpleuritis, alte strahlige Magennarbe, Gastritis chron. Starke Hyperostose und Sclerose des Schädels; sehr starke chronische adhäsive Pachymeningitis; Pachymeningitis fibrosa et serofibrinosa mit Kompression der linken Gehirnhemisphäre; leichte Leptomeningitis; Atrophie des Gehirns; Hydrocephalus internus.

105. 20jähriger Kaminkehrergehilfe, Ertränken (S.N. 95, 1903).

Hypertrophie des Herzens (460 g), beginnende Tuberkulose des linken Oberlappens; chronisch calculöse Tuberkulose,

Hypertrophie der Leber (2250 g), Synostose der Schädelknochen; starke Pachymeningitis adhaes. chronica; Hypoplasie des Gehirns (1250 g). (Magen mit grossen Mengen Speisebrei gefüllt.)

(Kein Potator, aber Radfahrer; besuchte Redoute, kam früh morgens nach Hause, konnte zur Arbeit nicht aufstehen, wurde entlassen, verbrauchte seine Ersparnisse und ertränkte sich dann.)

106. 24jährige Köchin, Ertränken (S.N. 177, 1903).

Menstrueller Zustand des Uterus; geringe Pachymeningitis. (Magen enthält grössere Mengen Speisebrei.)

107. 50jährige Näherin, Sturz aus der Höhe (S.N. 181, 1903.)

Starke Atrophie sämtlicher Organe; chronische Endocarditis der Aorten- und Mitralklappen. (Magen stark gefüllt.)

108. 23jähriger Studierender, Schädelschuss (S.N. 194, 1903).

Idiopathische Hypertrophie (440 g) und Dilatation des Herzens; Dura etwas verdickt.

109. 31jährige Feinmechanikersfrau, Schädelschuss (S.N. 231, 1903).

Adipositas cordis; Myome des Uterus; starke Verwachsung der Dura mit dem Schädeldache. (Motiv: Furcht vor Strafe wegen Unterschlagung.)

110. 62jähriger Schäfflermeister, Erhängen (S.N. 247, 1903).

Asymmetrischer Schädel, intensive Verwachsung der Dura; hochgradige Atrophie des Gehirns; Sclerose der basalen Hirnaterien; starke seröse Durchtränkung des Gehirns; Hypertrophie des Herzens; diffuse Sclerose der Aorta thor., allgemeine venöse Stauung; Lungenemphysem.

111. 21jähriger Postpraktikant, Schädelschuss, (S.N. 272, 1903) o. p. B.

112. 43jährige Hofkapellensängerin, Ertränken (S.N. 292, 1903).

Synostose der Schädelknochen, Pachymeningitis adh. ext. Leptomeningitis chron. und Hydrocephalus ext. Verwachsung der rechten Lunge an der Spitze; multiple Myome des Uterus, Ovarialcystome beiderseits; starke Dilatation und Füllung des Magens. Starke Dilatation der Blase.

113. 19jähriges Dienstmädchen, Schädelschuss (S.N. 293, 1903).

Gravididät der vierten Woche, frische miliare Tuberkulose der Bronchiallymphdrüsen; Gastritis chron., Angiom der Leber; Hyploplasie des Schädeldaches; Pachymeningitis adhaes. chron.

114. 44jähriger Packer, Schnitt- und Stichverletzungen (Hals, art. rad. links, Brust). (S.N. 294, 1903.)

Atrophie des Gehirns (état criblé), Sclerose des Schädeldaches; Pachymeningitis und Leptomeningitis; Hydrocephalus externus. Hypertrophie des Herzens (455 g).

115. 60jähriger Handwerker, Erhängen (S.N. 305, 1903).

Pachymeningitis adh. ext., Atrophie des Gehirns (état criblé), starke Herzhypotrophie. Stauungsorgane, Verdickung der Aortenintima, Lungenödem und -emphysem; beginnende Lebercirrhose.

116. 32jähriger Konditor, Schädelschuss (S.N. 331, 1903).

Chronische fibröse Endocarditis nodosa der Aortenklappen und mässige Insufficienz derselben, Dilatation und mässige Hypertrophie des linken Ventrikels; Verdickung der Mitralis, Lungenödem, Harnblase stark ausgedehnt (7 cm über der Symphyse; Atrophie des Schädeldaches; starke Pachymeningitis adh. ext.

117. 61jähriger Ökonom, Brustschuss (S.N. 335, 1903).

Bronchitis; geringe Arteriosclerose der Aorta; Dura leicht verdickt, zu beiden Seiten des Längsblutleiters eine grosse Menge kalkiger Einlagerungen bis zu Erbsen- und Bohnengrösse.

118. 47jährige Hofoffiziantenstochter, Sturz aus der Höhe (S.N. 365, 1903).

Herzatrophie (215 g) Lungenemphysem, Hypoplasie der rechten Niere (56 g), alte Adhäsivperihepatitis; $1^1/_2$ Dutzend subseröser (hühnereigrosser) gestielter Myome des Uterus, eitrige Endometritis; starke Pachymeningitis adh. chron.

119. 20jähriger Bäcker, Bruststich (S.N. 377, 1903).

Mässige Hypertrophie des rechten Herzabschnittes.

120. 46jährige Garderobiere, Sturz aus der Höhe (S.N. 492, 1903.)

Psychose; geringe Adhäsionen der rechten Lunge; Ovarialcyste; Myom des Uterus; morganische Hydatide rechts; Pachymeningitis adhäs. chron.

121. ca. 54jährige Frau, Ertränken (S.N. 493, 1903).

Hypertrophie des Herzens (320 g, Körpergewicht 43 kg); starke Verdickung der Mitralis; Hyperostose des Schädels; leichte Leptomeningitis; geringe Rindenatrophie, Cystitis purulenta, Hypoplasie der linken Niere (35 g, r. 160 g); Retroflexio uteri.

122. ca. 20jähriger Kaufmann, Brustschuss (S.N. 509, 1903).

Bedeutende Hyperostose und Sclerose des Schädels, Pachymeningitis adh. ext.; chron. Hydrocephalus int., Adhäsivpleuritis links; Aortenhypoplasie (4,8 cm), Defekt der linken Niere (r. Niere 190 g).

123. 63jähriger Hauptmann a. D., Stichverletzungen (S.N. 650, 1903).

Adhäsivpleuritis links, ausgedehnte Bronchitis, Dilatation des Magens, Atrophie des Gehirns mit chronischer Entzündung der harten und weichen Hirnhäute.

124. 60jähriger Schneidermeister, Erhängen (S.N. 651, 1903).

Adhäsivpleuritis rechts, Dilatation des rechten Herzventrikels, des Herzens, Fettdurchwachsung des Herzens, links Leistenhernie, geringer Grad von atrophischer Lebercirrhose, Pachymeningitis chron. adh. ext., chronische Leptomeningitis, Ödem des Gehirns, Hydrocepalus internus.

125. 43jähriger Sägebesitzer, Schnitt- und Stichverletzungen [Hals, Brust, Bauch, linkes Handgelenk] (S.N. 700, 1903).

Beiderseitige geringe Adhäsivpleuritis, Dilatation und Hypotrophie des Herzens (460 g); geringe chronische Pachymeningitis; starke chronische Leptomeningitis.

126. 35jähriger Staatsbahnoberbauführer, Herzschuss (S.N. 709, 1903).

Adipositas, Tuberkulose der rechten peribronch. Drüsen, beginnende Verfettung der Aortenintima; innige Verwachsung der Dura mit dem Schädel; starkes Ödem der weichen Häute und des Gehirns, geringer Hydrocephalus int. (Magen stark gefüllt.)

127. 40jähriger Monteur, Ertränken (S.N. 728, 1903).

Sclerose des Schädeldaches; Trübung und Verdickung der Dura; Atrophie des Gehirns, Hydrocephalus ext. und int., Emphysem und Stauung der Lungen; Adipositas, Fettinfiltration, Dilatation und Hypertrophie (490 g) des ganzen Herzens, Fettleber, allgemeine Adipositas; Vergrösserung der Schilddrüse beiderseits. (Magen stark gefüllt.)

128. 57jähriger Oberst, Schädelschuss (S.N. 720, 1903).

Fettige Degeneration und Bindegewebswucherung der Wand der Kranzgefässe und Verengung derselben; ausgedehnte

fibröse Entzündung der Herzmuskelwand; Dilatation des linken Ventrikels.

129. 50jähriger Kaufmann, Schnittverletzungen [Hals] (S.N. 826, 1903).

Struma parenchymatosa und calculosa; Herzhypertrophie (45 g), Sehnenflecken des Endocards; mässige Schrumpfnieren; anämischer Infarkt der linken Niere; Sclerose des Schädeldaches; Pachymeningitis adh. ext., Hydrocephalus externus.

130. 35jähriger Funktionär, Sturz aus der Höhe (S.N. 895, 1903).

Hypertrophie (470 g) und Dilatation des Herzens, Hypertrophie der Leber (2380 g) und Nieren (380 g), starke Adhäsivpleuritis rechts. (Keine Sektion des Gehirns.)

131. 45jähriger Architekt, Kohlenoxydvergiftung (S.N. 984, 1908).

Herzhypertrophie (480 g); Erweiterung des linken Nierenbeckens, Adhäsivpleuritis beiderseits an den Spitzen; Leptomeningitis chronica. (Magen stark gefüllt.)

132. 47jährige Schreinersfrau, Verbrennung (S.N. 734, 1905).

Progressive Paralyse; braune Atrophie des Herzens (218 g), alte verkalkte Verdickungen an der Mitralis, Struma parenchymatosa, Sclerose des Schädeldaches. Frische Milzschwellung 180 g, 12 : 7 : 4. Genitalien nicht seciert.

133. 34jährige Witwe, Ertränken (S.N. 730, 1909).

Hyperostose des Schädels, sehr starke chron. Leptomeningitis mit Verwachsung der Hirnhemisphären.

Der Vollständigkeit halber seien noch die drei folgenden Fälle angeführt, obwohl sie wegen der Schwierigkeit der Beurteilung des Sektionsbefundes ausserhalb des Rahmens dieser Betrachtung bleiben müssen. (Bei Fall 134 liegt der Selbstmordversuch 4 Jahre, bei Fall 135 $3^1/_2$ Monate zurück, bei Fall 136 fehlt ein ausführliches Sektionsprotokoll.)

134. 52jähriger Spengler, Selbstmordversuch durch Schädelschuss (4 Jahre a. m.) (S.N. 127, 1908).

Epilepsie (genuin oder verursacht durch die im rechten Stirnlappen sitzende Kugel?), Obliteration beider Pleurahöhlen. Adhäsivomentitis, -perihepatitis, -perisplenitis, braune Atrophie der Leber; multiple kleine Narben der Nieren.

135. 45jähriger Taglöhner, Kopfschuss ($3^1/_2$ J. a. m.) (S.N. 234, 1907).

Adipositas cordis, Aortenklappen zum Teil miteinander verwachsen und verdickt. (Hatte Streit mit seiner Ehefrau, schoss dreimal auf diese, ohne zu treffen und dann auf sich selbst.)

136. 32jähriger Mann, Schädelschuss (S.N. 692, 1903).

Chron. adhäsiv. Pachymeningitis, Sclerose des Schädels.

Nach Alter und Geschlecht verteilen sich die 136 Fälle folgendermassen:

Alter	Männer	Frauen	Gesamtzahl
10—15	1	1	2
15—20	4	10	14
20—25	19	7	26
25—30	6	13	19
30—35	11	5	16
35—40	13	4	17
40—45	8	2	10
45—50	5	5	10
50—55	1	3	4
55—60	8	—	8
60—65	7	—	7
65—70	—	—	—
70—75	3	—	3

Auffallend ist die bedeutende Prävalenz des männlichen Geschlechts (86 m. : 50 w.), doch findet sich dieselbe oft sogar noch ausgeprägter in allen Statistiken.

Die meisten Selbstmorde fallen in die mittleren Lebensalter, ins dritte und vierte Dezennium.

Die immerhin hohen Zahlen der Selbstmörder des späteren Alters lassen die bekannte Tatsache erkennen, dass das Prozentverhältnis der Selbstmörder der einzelnen Altersklassen zur Zahl der Lebenden jeder Altersklasse mit dem Alter beständig zunimmt.

Zu einer genaueren Berechnung dieser Tatsache fehlen die nötigen Zahlen, die hier verwandten Fälle stellen auch, wie schon erwähnt, nur einen Teil der Selbstmorde Münchens dar.

Auffallend ist, dass die Selbstmorde im höheren Alter hier nur das männliche Geschlecht betreffen. Das älteste weibliche Individuum war 52 Jahre alt (Fall 55), wenn man von Fall 131 absieht, bei dem das Lebensalter, als bei der Leiche eines Unbekannten, vom Obduzenten auf 54 Jahre geschätzt wurde.

In der Zeit der Pubertät (10—20 Jahre) überwiegt die Zahl der weiblichen Selbstmörder.

Alle Statistiken stimmen darüber überein, dass die meisten Selbstmorde eigentümlicherweise in die schönste Jahreszeit fallen, in Bayern nach den Angaben Meyers in den Monat Mai.

Das trifft auch hier zu.

Januar	7	Mai	23	September	8
Februar	12	Juni	12	Oktober	13
März	12	Juli	9	November	6
April	15	August	10	Dezember	8

Bei Fall 134 liess sich die Jahreszeit nicht feststellen.

Die Steigerung der Zahl der Selbstmorde im Frühjahr

kommt beim weiblichen Geschlecht stärker zum Ausdruck als beim männlichen.

Von den 50 Selbstmorden bei Frauen treffen 30 auf das Frühjahrtertial (März bis Juni inkl.), während auf die übrige Zeit des Jahres (zwei Drittel) nur 20 der Fälle treffen.

Von den Selbstmordarten wurden folgende gewählt:

	Männer	Frauen	Summe
Erschiessen	45	6	51
Ertränken	10	28	38
Sturz aus der Höhe	5	10	15
Vergiften	9	2	11
Schneiden, Stechen	10	—	10
Erhängen	5	—	5
Verbrennen	—	2	2
Mehrfache Todesarten	2	2	4

Die Wahl der Gifte war folgende:

	Männer	Frauen	Summe
Lysol	1	2	3
Cyankali	3	—	3
Morphium	2	—	2
Kohlenoxyd	2	—	2
Salzsäure	1	1	2
Quecksilber	1	—	1

Mehrfache Todesarten wählten zwei Männer und zwei Frauen. Eine Frau (Fall 14) schnitt sich in die Beugeseite des linken Unterarms und in die Ellenbeuge und trank dann Salzsäure.

Ein Mann (Fall 78) nahm Cyankali und verbrannte sich.

Ein anderer (Fall 89) schoss sich zuerst in den Mund und ertränkte sich dann.

Ein Mädchen (Fall 101) bohrte sich in die beiden Brüste mehrere Nadeln, brachte sich weitere Verletzungen am linken

Knie und Fussgelenke bei und ertränkte sich dann. Doch ist es fraglich, ob diesen Verletzungen — es handelte sich um eine Hysterika, die ins Krankenhaus wollte — schon die Absicht des Selbstmordes zu Grunde lag.

Die mehrfachen Todesarten sind in den obigen Statistiken nur bei den einzelnen Giften mit in Rechnung gezogen. Geschieht dies auch bei den einzelnen Selbstmordarten, so würde sich folgendes ändern: Erschiessen 52, Ertränken 40, Schnitt- und Stichverletzungen 12 (zwei Frauen), Verbrennen 3 (ein Mann). Bei Fall 60 endlich besteht der Verdacht, dass vor dem Selbstmord durch Erschiessen ein Vergiftungsversuch unternommen wurde. Es fand sich nämlich im oberen Darmtraktus ein schmutziger, graugrüner, teerartiger Inhalt; die Leber zeigte das Bild der akuten Degeneration mit Ödem: ausserordentlich starke Dissociation der Leberbalken, starke, frische, infiltrative Entzündung der Glissonschen Kapsel, sehr starke Trübung und Schwellung der Leberzellen; frische, weiche Milzschwellung.

Im allgemeinen richtet sich die Art des Selbstmordes wohl nach allen möglichen Äusserlichkeiten nach den am leichtesten zugänglichen Mitteln, nach dem Beruf und der Lebensweise. Doch hängt sie sicher auch von der Art einer eventuell vorhandenen psychischen Störung ab und es dürfte die Art des Selbstmordes bei der Beurteilung der Fälle in Betracht zu ziehen sein und in dem einen oder anderen Fall auch die Vermutung einer geistigen Störung bestätigen.

So spricht z. B. die Plötzlichkeit des Entschlusses, wie sie durch den Sprung aus dem Fenster zum Ausdruck kommt, oft für Verwirrtheitszustände bei Infektionskrankheiten und bei Erschöpfung (vergl. Fall 17, 22, 36).

Auffallend ist, dass das Erhängen, das sonst in den Statistiken aller Länder an erster Stelle steht, hier selten vorkam.

Im allgemeinen überwiegt bei den Männern die Todesart mit Waffen: Erschiessen, Schneiden, Stechen; bei den Frauen das Ertränken.

Dass das Vergiften, das sonst eine beliebte Selbstmordart der Frauen ist, hier weit häufiger bei Männern zu finden ist, erklärt sich zum Teil aus dem Beruf der Männer, die den Vergiftungstod wählten. (Es befanden sich darunter drei Chemiker, ein Drogist.)

Erstaunlich ist, dass der Tod durch Überfahren so selten gewählt wird, unter diesen Fällen kein einziger, obwohl er in den grossen Verkehrszentren leicht wäre und zudem den Vorteil bietet, als Unglückstall gedeutet zu werden. Vielleicht mag auch mancher dieser „Unglücksfälle“ in Wirklichkeit Selbstmord sein; aber eine genaue Durchsicht der in demselben Zeitraum im pathologischen Institut zur Sektion gekommenen häufigen Unglücksfälle durch Überfahren liess bei allen mit verschwindenden Ausnahmen Selbstmordabsicht sicher ausschliessen.

Die Furcht vor Verstümmelung bei etwaigem Misslingen mag die Ursache dieser Erscheinung sein.

Was nun die Beurteilung der pathologischen anatomischen Befunde bei Selbstmördern und ihren Beziehungen zur Psyche, speziell zur Zurechnungsfähigkeit betrifft, so stellen sich derselben in den allermeisten Fällen unüberbrückbare Schwierigkeiten entgegen.

Einerseits liefert nur eine sehr kleine, umschriebene Gruppe von Geisteskrankheiten ein charakteristisches anatomisches Bild, so dass sich aus dem Leichenbefund Schlüsse auf das psychische Krankheitsbild ableiten lassen. Das trifft zu für die progressive Paralyse, für Hirnlues, Arteriosclerose, Alkoholismus für reine Formen von Altersblödsinn, für eine gewisse Gruppe der Idiotie und einen kleinen Teil der Epilepsie (Rindenepilepsie).

Allerdings hat das Mikroskop mit einer gewissen Regelmässigkeit Veränderungen auch bei alten Fällen von gemeiner Epilepsie gezeigt (Randsclerose der Rinde, des Ammonshorns), auch mancherlei Veränderungen bei Dementia praecox und anderen Krankheiten, aber die Erforschung dieser Befunde ist noch nicht so weit, dass sich aus dem mikroskopischen Bilde des Gehirns eine Diagnose, besonders bei erst beginnender Geistesstörung, stellen liesse. Und doch stellen gerade nach v. Hofmann[1]) die Epileptiker und Neurastheniker neben den Alkoholikern ein sehr grosses Kontingent zu den Selbstmördern.

Andererseits wissen wir, besonders aus der klinischen Erfahrung, dass die meisten der somatischen Erkrankungen in ihrer Symptomatologie ein Kapitel haben, das mit der Psyche zusammenhängt, dass bei vielen derselben Störungen im psychischen Gleichgewicht bis zur wirklichen Geistesgestörtheit vorkommen; aber die Lehre von dem Einfluss der Organerkrankungen ist nach Kraepelin[2]) der schwierigste und umstrittenste Abschnitt in der Ätiologie der Psychosen, und während man früher alle möglichen somatischen Veränderungen in ursächlichen Zusammenhang mit den Geistesstörungen brachte, ist heutzutage bei manchen Veränderungen ihre ursächliche Beziehung zur Geistesstörung sichergestellt, während andere nur Folge- oder Begleiterscheinungen sein dürften. Viele der Befunde, die heute bei den Sektionen der Selbstmörder als genügend beweiskräftig für die Unzurechnungsfähigkeit gelten, werden auch bei Sektionen anderer Fälle häufig erhoben, z. B. Verwachsung der Dura, Leptomeningitis,

---

[1]) Eduard v. Hofmanns Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, herausgegeben von Dr. Alexander Kilisko Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien 1903; pag. 91.

[2]) Kraepelin, Psychiatrie I. Band, Leipzig, Joh. Ambr. Barth, pag. 102.

leichter Hydrocephalus, und doch wird dem Obduzierenden dabei nie der Gedanke kommen, dass hier eine Geistesstörung vorgelegen hätte. Dieser Schluss wird bei jenen Fällen aus der abnormen Reaktion, die der Selbstmord darstellt, gemacht.

Die Berechtigung dieser Schlussfolgerung lässt sich für manche Fälle nicht bestreiten.

Wo es sich z. B. um das Gutachten des Obduzenten handelt — sei es zur Beruhigung und zum Trost der Hinterbliebenen oder zu Entscheidungen, betreffend kirchliches Begräbnis u. dergl. — ist es eine Forderung der Gerechtigkeit, bei zweifelhaften Fällen — das sind wohl die meisten, bei denen ein Sektionsgutachten verlangt wird — jeden Befund, von dem wir wissen, dass er Beeinträchtigung der Zurechnungsfähigkeit verursachen kann, auch in diesem Sinne zu deuten.

Bei den 133 Fällen, die hier in Betracht kommen, konnte nur für einen kleinen Teil eine Vorgeschichte in Erfahrung gebracht werden. Den Angaben der Hinterbliebenen, die aus leicht begreiflichen Gründen jeden Selbstmörder als schwermütig und geisteskrank darstellen wollen, sowie den Angaben resp. hinterlassenen Briefen des Selbstmörders selbst darf wohl nur in beschränktem Masse und mit einer gewissen Kritik Wert beigelegt werden.

Ärztlicherseits (schon vor dem Selbstmord) festgestellte Psychosen fanden sich bei acht Fällen.

Fall 6 war ein unklarer Fall (Katatonie, Angstpsychose, Paralyse?), ebenso Fall 120; bei Fall 25, 39, 42 handelte es sich um zirkuläres Irresein, bei Fall 28 und 132 um Paralyse, bei Fall 101 um Hysterie.

Ausserdem dürften nach den Schilderungen der Hinterbliebenen an Psychosen gelitten haben die Fälle 2, 16, 41, 44, 53, 97.

An akuten Infektionskrankheiten wurden festgestellt:
4 mal Endocarditis bei den Fällen 9, 31, 36, 84,
1 mal Typhus (dritte Woche) bei Fall 32,
1 mal Peritonitis purul. acut. bei Fall 81,
3 mal eitrige Tonsilitis (Fälle 1, 56, 92),
1 mal Phlegmone (Fall 7),
2 mal frische infektiöse Milzschwellung (Fälle 57, 93).

Ausgeprägte psychische Störungen sind bei akuten Infektionskrankheiten durchaus keine Seltenheit; sie können sich gleich bei Beginn der Krankheit entwickeln (Initialdelirien) oder beim höchsten Fieberanstieg (Fieberdelirien), aber auch während des fieberlosen oder doch ganz gering fieberhaften Verlaufes (Infektionsdelirien); besonders treten bei jüngerem Lebensalter, bei Frauen sowie bei nervös erregbaren Menschen delirante Zustände auffallend leicht hervor.

Die Krankheiten, die als Ursache von Infektions- bezw. Fieberdelirien besonders in Betracht kommen, sind nach Kraepelin unter anderem: Typhus, Gelenkrheumatismus (besonders wenn Komplikationen von seiten des Herzens bestehen), Influenza, Scharlach und die unter den Namen der Blutvergiftung zusammengefassten Infektionen verschiedener Herkunft.

Dabei besteht das klinische Bild der Delirien in traumhafter Benommenheit und Unklarheit mit verworrenen, zusammenhangslosen Wahnbildungen; dazu gesellt sich zunächst meist eine gewisse Erregung, die sich zu den höchsten Graden steigern kann (Kraepelin l. c. I, S. 63).

Bei Typhus beherrscht das Verhalten der Psyche und des Nervensystems meist derartig das Krankheitsbild, dass seine Alteration schon durch den Namen der Krankheit (τῦφος = Dunst) angedeutet und vielfach auch vom Nervenfieber gesprochen wird. Auf der Höhe der Krankheit sind die Patienten stets mehr oder minder benommen und Delirien

mit deprimierenden, die Kranken ängstigenden Vorstellungen entwickeln sich oft und überdauern häufig die Entfieberung. Bei Fall 32 kann wohl kein Zweifel aufkommen, dass der „Selbstmord“ besser als Unglücksfall oder „Fluchtsuicid“ zu bezeichnen ist.

Bezüglich der Herzklappenentzündungen ist auf das über den Gelenkrheumatismus Gesagte hinzuweisen; beide Erkrankungen sind oft nur verschiedene oder sogar gleichzeitige Formen derselben Infektion.

Bei Peritonitis bleibt zwar gewöhnlich bis zum Tode das Bewusstsein frei, doch kommen bei septischen Formen auch Erregungszustände und Delirien vor. Im übrigen ist für Fall 81 auch das Moment der Erschöpfung durch die Operation und die lange Unterernährung infolge der Pylorusstenose in Betracht zu ziehen.

Über Beobachtungen von Psychosen bei akuter Angina tonsillaris berichtet Heller (l. c. S. 1657).

Es ist dabei auch an die Möglichkeit des Scharlachs zu denken, bei dem Psychosen häufig sind, sowie an das als „Delirium acutum“ beschriebene Krankheitsbild, das als Infektionspsychose aufzufassen ist und sich bisweilen im Anschluss an leichte körperliche Erkrankung, Angina, Darmkatarrh u. dergl. anschliesst (Kraepelin II. B. S. 24).

Merkwürdig in der Statistik von Heller ist die Häufigkeit von Infektionskrankheiten.

Zum grossen Teile erklärt sich dies daraus, dass Heller jede frische Milzschwellung den Infektionskrankheiten gleich zu zählen scheint.

Milzschwellungen kommen aber auch bei akuten und chronischen Anämien vor; bei den akuten sind sie noch nicht genügend gewürdigt. Man sieht sie z. B. nach Blutungen in den Körperhöhlungen oder in Hohlorganen (Magen, Darm), ja selbst im Gehirn, ohne dass eine Infektionsschwellung

vorzuliegen braucht. Der Befund ist sogar schon vorhanden, wenn nur wenige Stunden zwischen Unfall und Tod liegen. Milzschwellung scheint einzutreten bei Zerstörung von Blutkörperchen mit Übertritt von Hämoglobin ins Blutplasma; so findet sich eine frische Milzschwellung fast regelmässig bei Verbrennungen.

Ein paar Fälle von Verbrennungen, die erst in jüngster Zeit am hiesigen pathologischen Institut zur Sektion kamen, mögen das erläutern.

Nr. 609. Frau 63 J., Verbrennung II und III; frische Milzschwellung, 165 g.

Nr. 613. Kind 1 J., Verbrennung II; geringe, ganz frische Milzschwellung, 40 g.

Nr. 629. Frau 25 J., Verbrennung II und III; Milz 230 g, vergrössert, halbweich, ausserordentlich blutreich.

So konnte auch bei allen Fällen, wo eine blutige Selbstmordart vorlag und nicht binnen kurzer Zeit der Tod eintrat, eine Milzschwellung mit Überquellen der Pulpa oder schmieriger Beschaffenheit konstatiert werden.

Eine infektiöse Milzschwellung wurde daher nur bei zwei Fällen angenommen, bei denen sich keine andere Erklärung finden liess. Milzschwellung ist nur dann künftighin als beweiskräftig für eine eventuell kryptogene zum Selbstmord treibende Infektionskrankheit anzusehen, wenn durch bakteriologische Untersuchung von Herzblut oder Milz bei einer verhältnismässig bald nach dem Tode vorgenommenen Sektion eine Bakteriämie festgestellt ist. Gewöhnlich findet man ja noch 48 Stunden nach dem Tode steriles Blut. Der erste Keim, der im Blut in der Regel gefunden wird, ist Bacterium coli, das aus dem Darm auswandert. Sollten im Blut innerhalb 48 Stunden andere Mikroorganismen vorhanden sein, besonders Streptò- und Staphylococcen, so dürfte das beweisend für eine schon zur Zeit des Todes vorhandene Septicämie sein.

In der Hellerschen Statistik fällt weiter die Häufigkeit der Fälle mit Miliartuberkulose auf; Heller fand unter 300 Sektionen von Selbstmördern zwölfmal Miliartuberkulose, während sich unter unserem Material kein einziger Fall davon fand.

Miliartuberkulose kann, muss aber nicht ein terminaler Prozess sein, ja es ist fraglich, ob sie immer mit Fieber einhergeht.

Ribbert und andere stehen auf dem Standpunkt, dass die Miliartuberkulose eine bei Tuberkulösen chronisch verlaufende Nebenerkrankung ist und für den Tuberkulösen keine Terminalkatastrophe darstellt. Es kann aber, das muss zugegeben werden, in vielen Fällen eine akute Miliartuberkulose mit Fieber einen Zustand herbeiführen, der, wie andere Fieberanfälle, dann zum Selbstmord treibt, obwohl nach Kraepelin der Tuberkulose eine auffallend geringe Bedeutung für die Entstehung von Geistesstörung zukommt. Psychische Affektionen sind bei ihr auch bei äusserster Erschöpfung recht selten; hie und da kommen delirante Erregungszustände mit Verwirrtheit und lebhaften Sinnestäuschungen bei ihr zur Beobachtung, die wohl als Infektionsdelirien aufzufassen sind (Kraepelin I, S. 73, S. 64). Vielleicht ist die auslösende Ursache für diese Delirien weniger im tuberkulösen Gift, als vielmehr in der häufig dazukommenden Mischinfektion zu suchen.

An chronischen Infektionskrankheiten war ausser der häufigen Tuberkulose in sechs Fällen Syphilis sicher nachweisbar (die Fälle von Paralyse sind dabei mitgerechnet). Bei Fall 75 fand sich luetischer Primäraffekt.

Mitunter sollen schon bald nach dem Ausbruch der Syphilis psychische Störungen vorkommen (vergl. Kraepelin S. 67).

Pathologische Veränderungen am Herzen und an den Gefässen fanden sich bei diesen Sektionen, wie ja überhaupt, sehr häufig.

Die akuten Endocarditiden wurden bereits oben bei den akuten Infektionskrankheiten erwähnt.

An angeborenen Anomalien wurde bei einem 20jährigen Mädchen (Fall 101) Hypoplasie des Herzens und der Aorta konstatiert.

Brosch legt auf die hypoplastischen Veränderungen, die auf eine somatische Minderwertigkeit deuten, gewiss nicht mit Unrecht Gewicht; jedoch sind die normalen Masse so wenig allgemein bekannt, dass gerade bezüglich der Hypoplasie des Aortensystems und ihrer pathognomonischen Verwendung grösste Vorsicht am Platze ist.

Ein sehr häufiger Befund war Dilatation des Herzens; in manchen der Fälle ist es sehr schwer zu entscheiden, ob dieselbe eine agonale oder schon länger bestehende ist.

Herzhypertrophie konnte 38 mal konstatiert werden, doch liess sich nur für ungefähr die Hälfte derselben eine genügende anatomische Ursache finden, während fast ebenso viele als idiopathische Herzhypertrophien anzusprechen waren. In manchem Falle mag körperliche Überanstrengung die Ursache sein, wie z. B. bei Fall 105, bei dem grössten Teil wird sie aber auf reichlichen Bierkonsum zurückzuführen sein. Diese Vermutung gewinnt an Wahrscheinlichkeit überall, wo sich daneben noch pathologische Veränderungen feststellen liessen, in deren Ätiologie der Alkohol eine Rolle spielt: Chronische Entzündungen der Meningen, Herzverfettung, Säuferleber, beginnende Lebercirrhose, Nierenschrumpfung, chronischer Magen- und Darmkatarrh, allgemeine Adipositas.

Nun ist hier zu Lande, bei dem weitaus überwiegenden Bierkonsum, die Alkoholhalluzinose (Alkoholwahnsinn) die häufigste Form, in der der Alkoholismus in Erscheinung tritt. Dabei bleiben die Kranken meist lange Zeit unauffällig und nicht selten bildet ein Selbstmordversuch das erste Zeichen einer geistigen Störung für die Umgebung.

Adipositas cordis fand sich zehnmal, fettige Degeneration dreimal, ebenso oft obliterierende Pericarditis, und Herzatrophie viermal.

Sehr häufig fanden sich Residuen von Herzklappenentzündungen mit funktionellen Störungen als Stenosen oder Insufficienzen.

Nach den Angaben verschiedener Psychiater sollen sich bei Herzkranken häufig psychische Anomalien finden und zwar sollen die akuten Psychosen weitaus überwiegen. Für Kranke mit Aortenfehlern sollen starke Reizbarkeit, veränderliches, ungeduldiges Wesen, für solche mit Mitralisfehlern Depressionszustände mit oder ohne Angst charakteristisch sein (Fuhrmann, Karrer, Mildner).[1])

Kraepelin (I, 104) schreibt über die Beziehungen der Herzleiden zur Psyche: „Herzleiden scheinen bei Geisteskranken etwas häufiger vorzukommen als sonst; sie dürften einmal (bei Hypertrophie des linken Ventrikels) durch gelegentliche Blutwallungen, namentlich aber (bei unausgeglichenen Klappenfehlern, bei Pericarditis und Entartung des Herzmuskels) durch venöse Stauungen und allgemeine Abschwächung des Blutkreislaufes von Bedeutung werden. Als Andeutung derartiger Einwirkungen darf wohl schon die in der Gesundheitsbreite gelegene, bekannte, gemütliche Reizbarkeit Herzkranker gelten. Dass ausserdem die Beklemmungsgefühle und das Herzklopfen nicht ohne Einfluss sind, ist sehr wahrscheinlich. Bisweilen sieht man bei schweren Kreislaufstörungen vorübergehend delirante Zustände auftreten, wobei allerdings die Mitwirkung anderer Krankheitsursachen (Alkoholismus, Nierenleiden, Altersveränderungen)

---

[1]) Fuhrmann, Diagnostik und Prognostik der Geisteskranken. Leipzig 1903; Barth; pag. 283. Karrer, in Hagens statistischen Untersuchungen über Geisteskranke. Erlangen 1876. Mildner, Wiener klin. Wochenschrift 1857, Nr. 46, 47.

nicht immer ausgeschlossen werden kann. Jedenfalls ist nicht ausser acht zu lassen, dass viele Störungen der Herztätigkeit nicht Ursache, sondern Begleiterscheinung oder Folge der Geisteskrankheit sein dürften."

Die Annahme einer bedeutenderen Störung des psychischen Gleichgewichts für die neun Fälle, bei denen allgemeine Stauung infolge von Herzinsufficienz gefunden wurde, ist wohl sehr nahe liegend; muss es doch bei allgemeiner Stauung zu einer Art Vergiftung durch die zu wenig abgeführten Stoffwechselprodukte, zu einer Erstickung der Nervenzellen kommen, die dagegen äusserst empfindlich sind. Allerdings werden von den meisten Herzkranken selbst die schwersten Kompensationsstörungen ohne besondere psychische Störungen ertragen, während andere auf eine geringe Erschwerung des Kreislaufes mit akuten Psychosen reagieren. Als das disponierende Moment nimmt Saathoff[1]) für die Aortenfehler die durchgemachte Lues an.

An pathologischen Gefässveränderungen fanden sich häufig Arteriosclerose und Arteriomatose sowie wiederholt luetische Prozesse.

Eine bestimmte Bedeutung scheint der Arteriosclerose zuzukommen.

Dass dieselbe, wenn sie die Gehirngefässe betrifft, eine Geistesstörung oft verursacht, deren klinisches Bild scharf abgegrenzt ist, ist sicher. Aber auch der Befund der Sclerose überhaupt ist nicht zu unterschätzen. Ein Einfluss auf die Psyche durch Änderungen in der Blutversorgung und im Blutdruck erscheint begreiflich.

Thoma stellte die Tatsache fest, dass von sämtlichen Gefässen des Körpers das Gebiet der Carotis interna bei weitem am häufigsten der Erkrankung an Arteriosclerose

[1]) Saathof, Herzkrankheit und Psychose. Münchener med. Wochenschrift 1910, Nr. 10.

infolge von Überdehnung der Gefässwand ausgesetzt ist (vergl. Kraepelin I, S. 21). Bei diesem Material befindet sich in den Sektionsberichten der Befund einer Arteriosclerose der Carotis interna nicht gerade häufig verzeichnet.

Die Sclerose der Coronargefässe kann mitunter — ausser der verminderten Leistungsfähigkeit des Herzens — die schwersten Erscheinungen von Angina pectoralis, Schmerzen sehr verschiedenen Grades und verschiedene Art, Angst bis zur fürchterlichsten Todesangst, zuweilen Schwindelanfälle hervorrufen und bildet damit einen beachtenswerten Befund bei den Sektionen der Selbstmörder.

Ähnlich muss natürlich auch eine Sclerose des Anfangsteils der Aorta an den Mündungsstellen der Kranzgefässe wirken.

Die Syphilis der Gefässe ist, da sie dieselben Folgen verursachen kann wie die Sclerose, auch wie diese zu beurteilen, nur dass bei ersterer auch das ätiologische Moment in Betracht zu ziehen ist; setzt die Syphilis doch an den verschiedensten Organen Veränderungen.

Von den pathologischen Veränderungen am Respirationssystem wurden in den allermeisten Fällen Residuen und Pleuritiden gefunden, sehr häufig auch obsolete Tuberkulose der Lungen. Erstere Veränderungen können nur als Nebenbefunde angesehen werden. Aktive Tuberkulose wurde in zehn Fällen (einmal Darmtuberkulose) festgestellt.

Wie schon oben erwähnt wurde, scheint die Tuberkulose selten einen Einfluss auf die Psyche auszuüben; die Tuberkulösen bleiben meist bis zuletzt froher, heiterer Stimmung und täuschen sich selbst in ganz vorgeschrittenen Fällen noch über ihren Zustand hinweg.

Allerdings sieht man nach Kraepelin (II, S. 28) hin und wieder auch bei Tuberkulösen eine bestimmte Form von infektiösem Schwächezustand, bei dem Selbstmordversuche

vorkommen, während Besonnenheit und Orientierung ungestört ist.

Wichtiger ist der Befund einer Stauungslunge und von Lungenödem sowie Emphysem.

„Unzulänglichkeit des Gasaustausches, wie sie durch Erkrankungen der Lungen und der Kreislauforgane herbeigeführt werden kann, erzeugt die Erscheinungen rauschartiger Benommenheit und heftige Angstgefühle, in höheren Graden Bewusstlosigkeit“ (Kraepelin I, S. 77).

Die Verkleinerung der Atmungsfläche mit ihren Folgen für den Gesamtaustausch, dann aber die Beklemmungsgefühle bei emphysematischen und namentlich asthmatischen Beschwerden können wohl auch auf den Ablauf der psychischen Vorgänge einigen Einfluss gewinnen.

Die Erkrankungen des Verdauungstraktus sind bei den Sektionen von Selbstmördern immer sehr beachtenswerte Befunde. Bei Störungen in der Verdauung ist immer auch das Allgemeinbefinden beträchtlich gestört, und Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen und psychische Depression sind die gewöhnlichen Folgen.

Krankhafte Zersetzungen des Darminhalts scheinen die Quelle von Allgemeininfektionen mit geistiger Störung bilden zu können (Kraepelin I, S. 78). Von Söldner (Jahrbuch für Psychiatrie XVII, 147) sind als Ursache einer von ihm beobachteten psychischen Erkrankung Kotstauungen mit Zersetzung des Darminhalts und Aussaugung von Giften ins Blut angenommen werden. Die klinischen Bilder waren überall verwirrte Erregungszustände, die als Amentia oder Delirium acutum bezeichnet werden. Dragotti betrachtet Darminfektionen auch als Ursache der Dementia praecox. Kraepelin sagt dazu: „Wir werden nicht bestreiten können, dass durch solche Vorgänge Rindenerkrankungen zustande kommen können, handle es sich nun um Bakteriengifte oder

um Zerfallstoffe. Leider fehlen uns jedoch einstweilen noch die Anhaltspunkte, um im einzelnen Falle einen derartigen Zusammenhang nachweisen zu können."

Brosch misst dem Befunde eines vollen Magens bei Selbstmördern eine besondere Bedeutung bei. Durch die reichliche Blutversorgung der intestinalen Organe bei der Verdauung und die dadurch bedingte schlechtere Blutversorgung des Gehirns komme es zum Fortfall von psychischen Hemmungen, die im nüchternen Zustande vorhanden wären. Brosch nimmt allerdings an, dass der Selbstmordgedanke in diesen Fällen schon vorhanden ist; der Verdauungszustand begünstige die Umsetzung des Gedankens in die Tat, gebe den nötigen Mut.

Die Berechtigung dieser Annahme erscheint aber doch sehr zweifelhaft. Es ist nicht einzusehen, warum die im Status digestionis stattfindende schlechtere Blutversorgung des Gehirns gerade die psychischen, moralischen Hemmungen allein oder doch in erster Linie herabsetzen sollte. Das Wahrscheinlichere ist, dass alle psychischen Funktionen ziemlich gleichmässig erlahmen. Dafür spricht eigentlich auch die Erfahrung, dass die Menschen nach einer reichlichen Mahlzeit durchaus nicht besonders mutig, arbeitslustig und tatkräftig sind, im Gegenteil zeigen die meisten eine grössere Gleichgültigkeit gegenüber den Sorgen und Kümmernissen, die sie sonst quälen.

Wo sich bei der Sektion eines Selbstmörders der Magen stark angefüllt vorfindet, dürfte die Sache meist so liegen: Das betreffende Individuum ist fest entschlossen, sein Leben zu vernichten. Bevor es den Entschluss in die Tat umsetzt, will es noch einmal das Leben „geniessen", und diesen Genuss findet es in der Befriedigung der gewöhnlichen Triebe.

Bei unseren Fällen fand sich der Status digestionis bei einer sehr grossen Anzahl.

Anders stellte sich die Frage bei den Fällen 25 und 61, wo der Magenbefund zeigte, dass kurz vor dem Selbstmord eine grössere Menge Alkohol aufgenommen wurde. Natürlich ist es in solchen Fällen schwer zu entscheiden, ob die Selbstmordidee erst in dem pathologischen Zustand des Rausches entsprang oder bereits vorher bestand und das Trinken nur den Mut dazu geben sollte. Von der akuten Alkoholintoxikation wissen wir bestimmt, dass psychische Hemmungen unterdrückt werden und es immer zu Bewusstseintrübungen und Erregungszuständen kommt, meist allerdings bei euphorischer, doch auch bei labiler gereizter und depressiver Stimmung.

Nach den Angaben der meisten Psychiater sind Selbstmordversuche im Rausch gar nicht selten, meist ohne erkennbares Motiv und ohne klare Erinnerung hernach.

Nach Kraepelin führt der Rausch zur zentralen Erleichterung der Auslösung von Willensantrieben und zum Verlust des Überblickes über die Bedeutung und Tragweite der Handlungen.

Bei Fall 4 fand sich im Dünndarm ein Bandwurm. Da Bandwürmer allgemeine Abgeschlagenheit, deprimierte Stimmung, migräneartige Kopfschmerzen und ähnliche Erscheinungen von seiten des Nervensystems machen können, so ist ihr Vorhandensein kein ganz nebensächlicher Befund bei Sektionen von Selbstmördern.

Von Erkrankungen der Leber wurde viermal Cirrhose, achtmal Hypertrophie, wiederholt Fettleber und Stauung festgestellt.

Psychische Störungen als Ausdruck von Lebererkrankungen sind hauptsächlich von Klippel und Mongeri beschrieben worden, ohne dass ihre Kennzeichen schon völlig befriedigen würden. Im ganzen wissen wir nach Kraepelin über alle diese Verhältnisse sehr wenig Sicheres. Jedenfalls kann das

Versagen der Lebertätigkeit durch Selbstvergiftung psychische Störungen veranlassen. (Das wird von manchen Autoren für ein Delirium tremens aufgenommen.) Schwere hepatische Autointoxikation bei Leberinsufficienz führt hauptsächlich zu Störungen von seiten des Zentralnervensystems: heftige Kopfschmerzen, Benommenheit des Sensoriums, Aufregungszuständen und Delirien. Meist setzt dieser Zustand ziemlich plötzlich ein.

Bei Fall 83 fanden sich zwölf kleine und ein kastaniengrosser, bei Fall 86 ebenfalls mehrere Gallensteine.

Die Anwesenheit von Gallensteinen macht zwar in den allermeisten Fällen keine Beschwerden, — sie finden sich in ca. 10% aller Sektionen —, jedenfalls besteht aber immer die Gefahr eines Kolikanfalles, dessen Schmerzen bei empfindlichen Personen zu Delirien und Konvulsionen Anlass geben können.

Ikterus kann durch die Ansammlung von Gallenbestandteilen im Blut (Cholämie) Benommenheit und psychische Depression im Gefolge haben (Kraepelin I, S. 78). Zur Annahme, dass ein Anfall bei den beiden Fällen zur Zeit des Selbstmords vorlag, geben die Sektionsberichte keinen Anhaltspunkt (Ikterus, Blutungen).

Mehr Bedeutung wurde schon von jeher den Erkrankungen der Nieren zuerkannt.

Mangelhafte Ausscheidung durch die Nieren führt zur Urämie mit epileptiformen Krämpfen, deliriösen und komatösen Zuständen, schwerer Unbesinnlichkeit. An die Möglichkeit von Urämie ist bei sechs Fällen zu denken.

Bei den chronisch verlaufenden Affektionen der Niere (Schrumpfniere) kann oft jahrelang Kopfschmerz, Schwindel, Reizbarkeit, Verworrenheit, Somnolenz oder ein ähnliches nervöses Symptom das einzige in die Augen springende Zeichen für eine chronische Urämie sein.

Bei Fall 92 fand sich eine eitrige Pyelitis; dieselbe wäre vielleicht den Infektionskrankheiten beizuzählen gewesen; da (besonders bei akuten Fällen) bei Pyelitis oft hohes Fieber, zuweilen mit Benommenheit und Delirien, besteht.

Ob der Defekt einer Niere [bei kompensatorischer Vergrösserung der anderen (Fall 122)] sowie das Vorkommen einer Doppelniere (was als Degenerationszeichen gilt, Fall 99) und die Hypoplasie einer Niere eine besondere Beachtung verdient, ist sehr fraglich; am ehesten noch, wenn verschiedene Abnormitäten zusammen bei einem Fall sich finden.

Von pathologischen Zuständen an den Genitalien wurde einmal frische Gonorrhoe, wiederholt alte Pelveoperitonitis, bei Fall 118 eitrige Endometritis, bei Fall 112 ein Ovarialcystom konstatiert (einmal syphilitische Ulcera, wie schon oben bei den Infektionskrankheiten erwähnt ist). Auch sonst fanden sich noch mancherlei Veränderungen des Geschlechtsapparates.

Den krankhaften Störungen an den Geschlechtsorganen wurde von jeher von den Irrenärzten die grösste Bedeutung für die Entstehung von Irrsinn zugeschrieben, wenn auch diese geistigen Störungen wohl immer (abgesehen von der Kastration) als psychische Wirkungen zu erklären sind (Kraepelin I, 108 f.).

Die Syphilophobie sowie die Furcht vor den Folgen einer Geschlechtskrankheit ist als auslösende Ursache einer Geistesstörung nicht zu unterschätzen.

Merkwürdig ist die Tatsache, auf die Heller zuerst hinwies, dass bei den weiblichen Individuen, die als Selbstmörderinnen auf den Sektionstisch kommen, sehr häufig Menstruation bezw. Schwangerschaft sich findet.

Heller fand unter 70: Schwanger 7, zur Zeit der Menstruation 25, Wöchnerin 1 (= 47,4%).

Unter den 50 weiblichen Individuen hier waren

im prämenstruellen Zustand	5
im menstruellen Zustand	10
im Zustand der Schwangerschaft . .	4
zur Zeit des Wochenbetts	2
zur Zeit der Laktation (einige Monate post partum)	1
	22

Dabei ist zu bemerken, dass nicht bei allen Frauen die Genitalien seziert wurden.

Zieht man nur die Fälle in Betracht, bei denen die Genitalien untersucht wurden (42), so ergibt sich, dass über die Hälfte der Frauen, als sie Hand an sich legten, in einem Zustand sich befand, der auch unter normalen Verhältnissen zu weitgehendsten Verstimmungen und Gleichgewichtsstörungen (oft mit Neigung zum Zustandekommen von krankhaften Impulsen) Anlass gibt.

„Der Vorgang der Menstruation pflegt regelmässig von einer leichten Steigerung der nervösen und psychischen Reizbarkeit begleitet zu sein, die bei einzelnen Personen sogar fast krankhafte Grade (äusserste Verstimmung, lebhafte Erregung, triebartiges Handeln) erreichen kann“ (Kraepelin I, S. 114).

Das Geschlechtsleben spielt für die psychische Persönlichkeit des Weibes eine hervorragende Rolle. Im Mittel werden 14% aller in den Irrenanstalten beobachteten Geistesstörungen bei Frauen auf die Vorgänge des Fortpflanzungsgeschäftes zurückgeführt, und zwar 3% auf die Schwangerschaft, 6,8% auf das Wochenbett, 4,9% auf das Säugegeschäft. Bei letzteren ist die Zeit des Ausbruchs gewöhnlich 3—5 Monate nach der Entbindung (Kraepelin I, S. 115 ff.).

Persistenz der Thymus fand sich in drei Fällen; bei Fall 1 verbunden mit Hyperplasie in der Milz und der

lymphatischen Apparate. Dem Status thymicolymphaticus wird von mancher Seite eine Beziehung zur Entstehung von Geistesgestörtheit zugeschrieben. Brosch legt ihm als Zeichen von „retardierter Pubertät“ Bedeutung bei. Jedenfalls wissen wir über die Verhältnisse wenig Sicheres.

Etwas mehr wissen wir über die Beziehungen der Schilddrüse zur Geistestätigkeit und zum Nervensystem. Bildung von Struma, wie sie bei acht Fällen konstatiert wurde, ist ein Befund, der nicht ganz ausser acht zu lassen ist. Führt doch die Hypersekretion der Schilddrüse, wie sie bei parenchymatösen Formen immer gegeben ist, regelmässig zu Herzklopfen, Angstgefühlen, vermehrter Reizbarkeit und Schreckhaftigkeit der betreffenden Individuen.

Das grösste und ausschlaggebende Gewicht für die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit und der geistigen Verfassung wird von jeher den Veränderungen des Gehirns und seiner Hüllen beigelegt. Und doch bildet die Bewertung zum Teil nicht mindere Schwierigkeiten.

Asymmetrie des Schädels fand sich in drei Fällen (25, 113, 116). Asymmetrien des Schädels kommen bei vielen Psychosen vor, besonders bei Idiotie und Epilepsie, aber auch bei Normalen — hier wurde es als Degenerationszeichen aufgefasst —; diagnostische Schlüsse werden sie, besonders wenig ausgesprochene Grade, kaum erlauben.

Hyperostose und Sclerose des Schädels wurde bei 26 Fällen festgestellt, einmal Osteophytenbildung.

Wir kennen manche der Ursachen, die derartige Veränderungen am Schädel hervorrufen: Lues, Senium, Schwangerschaft, wissen auch von manchen Beziehungen zwischen Gehirn und Schädel — z. B. Druckatrophie bei Hydrocephalus, Grubenbildung bei starker Wucherung der Pacchionischen Granulationen —, doch ist unser Wissen über den Einfluss dieser Verhältnisse auf die Funktion des Gehirns noch zu

unvollständig, um in jedem Falle ein sicheres Urteil zu ermöglichen. Vielleicht dürfen wir eine Sclerose im frühen Alter, die zu einer Einengung der Schädelhöhle führen muss, als einen nicht ganz bedeutungslosen Befund ansehen (Fälle 69, 105, 122).

Auffallende Kleinheit des Schädels (Fälle 101, 114) ist, da sie immer mit Hypoplasie des Gehirns kombiniert ist, sicher von bedeutendem Einfluss auf die geistigen Funktionen.

Verwachsung der Dura mit dem Schädel stellt den häufigsten Befund am Gehirn und seinen Hüllen dar. Die Dura ist schon physiologisch ganz leicht adhärent am Schädeldach. Starke Adhäsionen und feste Verwachsungen sind immer das Produkt vorausgegangener Pachymeningitis externa. Sie kommt gewöhnlich vor bei Infektionskrankheiten anderer Teile des Körpers, besonders der Lungen und Pleuren. Bei Pneumonie z. B. ist eine Meningen-(Dura-)Entzündung („Meningismus“) eine sehr gewöhnliche Erscheinung. Auch bei Alkoholismus ist sie häufig (chronische Entzündung).

Verwachsungen der Dura mit dem Schädel sind aber auch bei Sektionen anderer Fälle so häufig, dass es wohl schon sehr zweifelhaft ist, ob man aus diesem Befund bei Selbstmördern einen Schluss auf die Psyche machen kann. Allerdings sollen nach Edinger bei Verwachsung der Dura sehr starke Kopfschmerzen häufig sein.

Ähnlich verhält es sich mit den Trübungen und Verdickungen der weichen Hirnhäute.

Diese Befunde müssen, wo die Sektion sonst nichts ergibt, als Verlegenheitserklärung dienen und es kommt ihnen, besonders wenn sie nicht sehr auffallend sind, keine Beweiskraft zu.

Bei Fall 117 fanden sich zu beiden Seiten des Längsblutleiters grosse Mengen kalkiger Einlagerungen bis zur Bohnengrösse. Dass dieselben durch Druck auf das Gehirn

einen schädigenden Einfluss ausüben können, lässt sich nicht leugnen.

Vielleicht ist einer starken Verwachsung der Pia mit dem Gehirn einerseits und der Dura mit den weichen Häuten andererseits eine gewisse Bedeutung nicht abzusprechen.

Wenn es auch gewöhnlich nicht zu einem Übergreifen des entzündlichen Prozesses auf die Hirnrinde kommt, so ist es doch sehr wahrscheinlich, dass eine starke fibröse Entartung der weichen Häute und Verwachsung derselben auch zu lokalen Störungen der Blut- und Lymphzirkulation in der nervösen Substanz Anlass geben kann, die bei genügender Intensität zu Störungen der Funktion oder gar zu degenerativen Prozessen in den betreffenden Partien führen. Allerdings scheint in den meisten Fällen eine langsam sich entwickelnde Zirkulationsstörung auch am Gehirn sich leicht wieder auszugleichen.

Chronische Leptomeningitis fand sich in 14 Fällen, bei sechs Fällen mit sehr starken Residuen, bei Fall 47 eine ossifizierende Leptomeningitis.

Von floriden Entzündungen der Meningen wurde bei Fall 43 eine Pachymeningitis haemorrhagica, bei Fall 104 eine Pachymeningitis fibrosa et serofibrinosa festgestellt. Eine schädigende Wirkung auf den Ablauf der geistigen Funktion kommt ihnen sicher zu.

Eine Störung in der Ernährung des Gehirns und damit auch in seiner Funktion ist mit ziemlicher Sicherheit anzunehmen, wo sich Zeichen der Stauung finden: Ödem des Gehirns und der weichen Häute (Hydrocephalus ext.).

Hydrocephalus ext. oder int. stellt immer — sei die Ursache Stauung, Entzündung oder Hirnatrophie — einen beweiskräftigen Befund dar.

Psychische Störungen sind sicher anzunehmen bei Atrophie und Hypoplasie des Gehirns, bei Narben (Fall 22) und Erweichungsherden des Gehirns (Fälle 16, 77).

Nach Apoplexien, wo die psychischen Leistungen oft anscheinend völlig unbeeinflusst sind, tritt doch fast regelmässig ein gewisser geistiger Verfall ein, der sich besonders durch intellektuelle Schwäche, Vergesslichkeit und eine grosse Labilität der Stimmung mit häufigen Erregungszuständen charakterisiert.

Narben des Gehirns führen neben körperlichen auch zu geistigen Ausfallserscheinungen mit epileptischen Störungen, zum „traumatischen Schwachsinn".

Aus naheliegenden Gründen sucht man bei den Sektionen von Selbstmördern den Beweis für die Unzurechnungsfähigkeit mit Vorliebe in den Veränderungen des Gehirns und seinen Hüllen und betrachtet jeden kleinen Befund, jede abgelaufene Pachymeningitis, jede leichte Ependymitis als wichtig.

Dergleichen Befunde sind aber auch bei Sektionen anderer Fälle durchaus keine Seltenheit und daher von zweifelhaftem Wert.

In den hiesigen Fällen fand sich bei zwei Dritteln ein pathologischer Befund am Gehirn oder seinen Hüllen, bei dem übrigen Drittel war sehr häufig die Sektion des Gehirns unterlassen worden (mit Rücksicht auf die Anatomie, die manche der Leichen erhält).

Bei den Gehirnbefunden spielt die Hervorhebung der Verwachsung der Dura mit dem Schädel in den Sektionsprotokollen eine grosse Rolle; sie ist in manchen Fällen wohl als eine zum Trost der Hinterbliebenen gestellte „Verlegenheitsdiagnose" aufzufassen.

Zwei Punkte verdienen bei der Beurteilung der Sektionen von Selbstmördern noch eine besondere Beachtung, das Alter und der Alkohol.

Das Senium stellt schon für sich allein auch ohne nachweisbare Veränderungen am Gehirn einen wichtigen Faktor dar. Denn mit der Rückbildung in den gesamten Organen

des alternden Körpers ist in den allermeisten Fällen auch ein gewisser Grad von psychischer Schwäche verbunden, der zu Verwirrtheit und Zerfahrenheit, zu hypochondrischen Befürchtungen leicht Anlass gibt.

Ähnlich ist es bei den Fällen, bei denen die Lebenskraft schon vor dem Greisenalter sich erschöpft und allgemeine Atrophie sämtlicher Organe sich findet (Fall 107). Das Klimakterium führt überaus oft zu hypochondrischen und depressiven Stimmungen.

Bei der Pubertät mit den mächtigen körperlichen und seelischen Umwälzungen und der dadurch bedingten Veränderung der Persönlichkeit sind Labilität der Stimmung, gesteigerte gemütliche Reizbarkeit, geringe Widerstandsfähigkeit und unausgeglichenes Wesen immer vorhanden. Erfahren diese physiologischen Symptome eine ins Abnorme gehende Steigerung — was natürlich nur bei psychisch krankhaft Veranlagten der Fall ist —, so können sie leicht die abnorme Reaktion des Selbstmords verursachen. Die meisten Psychiater betrachten einen Selbstmord bezw. Selbstmordversuch in den ersten Jahren der Pubertät als ein Zeichen der Degeneration (Fälle 27, 41, 90).

Dass der Alkohol zum Teil für die beständige Zunahme der Selbstmorde verantwortlich zu machen ist, steht ausser allem Zweifel.

Chronischer Alkoholismus ist ausser bei den Fällen 102 bis 104 nach dem Sektionsbefund noch sicher bei zwölf Fällen, sehr wahrscheinlich bei wenigstens neun Fällen anzunehmen.

Selbstmord kommt in allen Phasen des chronischen Alkoholismus vor.

Auf ein Moment ist noch das Augenmerk zu richten, das ist die Multiplizität der Befunde bei vielen Fällen. Nicht gerade selten wurden bei einem Selbstmörder zwei und mehr krankhafte Veränderungen festgestellt, die schon einzeln

leicht psychische Störungen verursachen und deren Gesamteffekt daher nicht zu unterschätzen ist. (Vergl. Fälle 1, 13, 48, 62, 77, 84, 101, 104, 127 u. a.)

Betrachten wir nach diesen Gesichtspunkten die 132 Fälle von Selbstmord, so ergibt sich das überraschende Resultat, dass bei mehr als drei Fünftel derselben ziemlich sicher geistige Störung, Unzurechnungsfähigkeit auf Grund anatomischer Hinweise angenommen werden kann.

Rechnet man zu den sicheren Fällen diejenigen, bei denen ärztlicherseits Geistesstörung konstatiert war, weiter, bei denen die Sektion akute Infektionskrankheiten schwere Veränderungen des Gehirns und seiner Häute, allgemeine Stauung, besonders des Gehirns (Ödem, starker Hydrocephalus), ergab, dann die Fälle, bei denen sicher chronische oder akute Alkoholindoxikation vorlag, sowie schwere Nierenveränderungen, Pyelitis und Coronasclerose, kombiniert mit anderen schweren Veränderungen sich fand, endlich bei den weiblichen Individuen die Fälle mit menstruellem Zustand, Schwangerschaft und Laktationszeit, so ergeben sich 84 Fälle (63,8%), bei denen mit ziemlicher Sicherheit geistige Störung angenommen werden kann.

Wahrscheinlich ist dieselbe auch bei weiteren 24 Fällen (18%), bei denen chronische Leptomeningitis, geringer Hydrocephalus, wahrscheinlicher Alkoholabusus, Herzleiden mit Stauung, beginnende Nephritis, frische Lues, eitrige Endometritis sich vorfand, oder wo die Schilderungen der Hinterbliebenen eine Psychose wahrscheinlich machten.

Bei den übrigen 24 Fällen (18%), bei denen die Sektion nichts ergab, was zur Annahme einer geistigen Störung berechtigte, fanden sich zum Teil (15 Fälle) doch Veränderungen, die möglicherweise Einfluss auf die Psyche gewinnen können, wie Pachymeningitis adhaesiva, Stirnbeinhöhlenkatarrh, Aortenlues u. dergl.

Bei den neun Fällen, bei denen kein oder doch kein beachtenswerter Befund erhoben werden konnte, war viermal die Sektion nicht vollständig (Fälle 12, 58, 87, 95), einmal (Fall 38) lag vielleicht Alkoholismus vor, zweimal (Fälle 27, 90) frühe Jugend; es bleiben Fall 30, bei dem der Selbstmord in krankhafter Überreizung verübt wurde, und Fall 111, bei dem die Sektion gar keinen Befund ergab.

Wer könnte aber behaupten, dass in den Fällen, in denen die Sektion kein befriedigendes Resultat ergab, der Selbstmord mit voller Zurechnungsfähigkeit ausgeführt wurde?

Selbst für die Fälle, wo auch die Angaben der Hinterbliebenen nichts zur Klärung beitragen können, steht die Möglichkeit immer noch offen, dass der Selbstmord im Initialdelirium einer akuten Infektionskrankheit, die noch keine augenfälligen Veränderungen setzte, verübt wurde.

Vergleichen wir mit dem Resultat dieser Sektionen die Untersuchungen der Psychiater bei Selbstmordversuchen, so wird zwischen den Ergebnissen der klinischen Untersuchungen und jenen der pathologisch-anatomischen nie ein genauer Parallelismus herrschen können.

In die Hände des Psychiaters kommen nur die Fälle, bei denen der Selbstmord fehlschlug oder doch nicht rasch zum Ziele führte.

Letzteres ist aber am häufigsten der Fall bei den meist nicht ernsthaften Suicidversuchen der Hysterischen und den im Schwachsinn unternommenen der Senilen und Paralytischen; dagegen werden beim Sektionsmaterial überwiegen die energischen rücksichtslosen Selbstmorde Melancholischer, die rasch entschlossenen der Paranoiker, die triebartigen impulsiven Selbstvernichtungen der Epileptiker und Alkoholisten, die brutalen der Katatoniker, also ein Material, bei dem — abgesehen vom Alkoholismus — gewöhnlich keine Diagnose einer Geistesgestörtheit aus dem Obduktionsbefunde gestellt werden kann.

Die Psychiater fanden im allgemeinen nur bei einem Drittel der Selbstmörder ausgeprägte Geistesstörungen. Dabei scheinen aber die krankhaften Seelenvorgänge Nervöser, der Neurastheniker, konstitutionell Verstimmter u. dergl., überhaupt die originären Krankheitszustände und psychopathischen Persönlichkeiten nicht in Rechnung gezogen zu sein.

Neuere Untersuchungen brachten auch andere Resultate. Stelzner[1]) untersuchte ein Material von 200 Fällen an der Charité und fand darunter nur 31 ohne nachweisbar krankhafte psychische Symptome.

Gaupp fand unter 124 geretteten Selbstmördern, die in die hiesige psychiatrische Klinik eingeliefert wurden, 38 ausgesprochene Geisteskranke; die übrigen waren Trinker, Epileptiker, Psychopathen, Hysterische, leicht Schwachsinnige und nur eine einzige geistig völlig Gesunde, und diese einzige Person war im achten Monat gravid.

---

[1]) Analyse von 200 Selbstmordfällen von Dr. Helene Friedrike Stelzner. Berlin 1906, S. Karger.

Literatur.

1. Zur Lehre vom Selbstmord nach 300 Sektionen von Prof. Dr. Heller in Kiel; Münchener med. Wochenschr., 47. Jahrg., Nr. 48, 27. November 1900, Nr. 1658.
2. Brosch, Die Selbstmörder. Leipzig und Wien, Dentike, 1909.
3. Psychiatrie von Prof. Dr. E. Kraepelin, 8. Aufl., I. Band. Leipzig, Barth, 1909.
4. Psychiatrie von Prof. Dr. E. Kraepelin, 7. Aufl., II. Band. Leipzig, Barth, 1904.
5. Analyse von 200 Selbstmordfällen, Dr. Helene Friedrike Stelzner. Berlin 1906. S. Karger.
6. Gaupp, Über den Selbstmord. München 1910. Verlag der ärztl. Rundschau.
7. Eduard v. Hofmanns Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, herausgegeben von Dr. Alexander Kolisko. Urban & Schwarzenberg, Berlin—Wien 1903.

Lebenslauf.

Ich, Hans Egglhuber, bin geboren am 6. August 1884, als Sohn des Rechtsrates Alois Egglhuber zu Straubing. Nach Besuch der Volksschule und des humanistischen Gymnasiums in Straubing bezog ich im Herbst 1904 die Hochschule, um mich dem medizinischen Studium in München und Würzburg zu widmen. Im Frühjahr 1907 bestand ich die ärztliche Vorprüfung in Würzburg und im Dezember 1909 die ärztliche Prüfung in München.